

新型コロナウイルス抗体検査問診票

記入日 2020 年 月 日

氏名	性別	生年月日	身長	体重
ふりがな		年 月 日	cm	kg
〒				

※ 現在、風邪症状（熱、咳、咽頭痛、倦怠感など）は あり ・ なし _____℃

下記の症状が6か月以内であればチェックをしてください

- ・発熱 あり（最高 _____℃：月 日から）約 _____日間 なし
- ・咳 あり（ _____月 日から）約 _____日間 なし
- ・痰 あり（ _____月 日から）約 _____日間 なし
- ・息苦しさ あり（ _____月 日から）約 _____日間 なし
- ・倦怠感 あり（ _____月 日から）約 _____日間 なし
- ・咽頭痛 あり（ _____月 日から）約 _____日間 なし
- ・味覚・嗅覚の異常 あり（ _____月 日から）約 _____日間 なし
- ・下痢 あり（ _____月 日から）約 _____日間 なし
- ・吐き気 あり（ _____月 日から）約 _____日間 なし
- ・頭痛 あり（ _____月 日から）約 _____日間 なし
- ・筋肉痛・節々の痛み あり（ _____月 日から）約 _____日間 なし
- ・発疹 あり（ _____月 日から）約 _____日間 なし
- ・食欲低下 あり（ _____月 日から）約 _____日間 なし
- ・上記以外 _____（ _____ ）

集団感染リスク（6か月以内）

- ・海外旅行 なし あり（地域 _____）（期間 _____月 _____日～ _____月 _____日）
- ・濃厚接触 なし スポーツジム カラオケ ライブハウス 一定時間屋内での複数の人と接触
- ・家族や職場で新型コロナウイルス感染者 なし あり（関係 _____）
- ・仕事 医療従事者 →具体的に（ _____ ） その他→（ _____ ）

既往歴

新型コロナウイルス感染症 なし あり（PCRにて確定）

現在治療中の病気

- ・疾患名 なし
- 高血圧 糖尿病 心臓病 脳血管疾患 肝臓病 腎臓病 透析 ぜんそく
- 膠原病 悪性腫瘍（ _____ ） その他（ _____ ）

喫煙歴

- ・喫煙歴 あり（ _____年間） なし

現在服用している薬

- ・常用薬、内服中の薬 あり（ _____ ） なし
- ・免疫抑制剤 あり（ _____ ） なし
- ・ステロイド あり（ _____ ） なし

妊娠（女性の方） はい（ _____週目） いいえ

何かコメントがありましたらこちら↓へ記載ください